受験番号	*
------	---

※印欄は記入しないでください

特定行為実習に関する施設情報

- ※現在所属している機関(施設)について、該当する項目に図してください。
- ※施設長または看護部門の長が記入してください。

区分別科目	4 週間で自施設に 対象となる事例が 5 例以上ある	自施設に特定行為 区分の臨地実習が 行える医師の指導 者がいる	自施設で臨地実習を行う
栄養及び水分管理に係る薬剤投与 関連			
精神及び神経症状に係る薬剤投与 関連			

【自施設実習の要件】

- ① 所属施設の医療安全体制、緊急時の対応体制を構築していること。
- ② 指導者(医師を必ず1名含む)を確保できること。
 - i) 指導者とは以下の者をいう(医師、看護師ともに何れか一つを満たすこと)。 医師
 - ・医師の臨床研修に係る指導医講習会を受講している
 - ・医師臨床研修指導歴がある
 - ・担当分野に関する医学生への指導歴がある

看護師

- ・特定行為研修を修了した者(区分は問わない)
- ・認定看護師または専門看護師であること
- ・大学等における教授経験を有すること
- ii)特定行為研修指導者講習会を受講していることが望ましい。
- ③ 患者への同意説明体制がとれること。
- ④ 実習期間内に該当症例数の確保等の要件を満たす体制が望ましい。

機関(施設)情報に関する問合せ先 ※研修生以外

機関			
(施設)名			
職位		氏名	印
電話番号	() –	メール アドレス	